



Autio Marleena
Kakko Katja

**POTILAAN TUNNISTAMINEN LEIKKAUSOSASTOLLA
SAIRAAHOITAJIEN TOTEUTTAMANA – HAVAINNOINTI
TUTKIMUS**

**POTILAAN TUNNISTAMINEN LEIKKAUSOSASTOLLA
SAIRAANHOITAJIEN TOTEUTTAMANA – HAVAINNOINTI
TUTKIMUS**

Autio Marleena
Kakko Katja
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Oulun seudun Ammattikorkeakoulu, Oulaisten alueyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijät: Marleena Autio ja Katja Kakko

Opinnäytetyön nimi: Potilaan tunnistaminen leikkausosastolla sairaanhoitajien toteuttamana - havainnointitutkimus

Työnohjaajat: Maija Alahuhta, Eija Niemelä

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2013

Sivumäärä: 42 + 3 liitesivua

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten leikkauspotilaan tunnistaminen varmennetaan leikkausosastolla potilaan intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa potilaan siirtyessä leikkausosastolle, heräämöhön ja takaisin vuodeosastolle. Tutkimus tehtiin yhteistyössä leikkausosaston kanssa, missä havainnointi suoritettiin. Tutkimukseen osallistui 38 tutkimusajankohtana töissä ollutta sattumanvaraisesti valikoitunutta sairaanhoitajaa. Tutkimus toteutettiin käyttäen apuna havainnointilomaketta.

Tulosten havainnollistamiseen käytetään taulukoita ja kuvioita. Viidessä prosentissa havainnointitilanteista potilaan tunnistaminen toteutui Terveystieteen ja Hyvinvoinnin Laitoksen ohjeen mukaisesti, jolloin potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen käytettiin potilasrannekkeen lisäksi joko potilaan nimeä tai syntymäaikaa. 45 prosentissa havainnointitilanteista potilaan henkilöllisyyttä ei varmennettu lainkaan. Potilaan henkilöllisyyden varmentamisessa on puutteita.

Aiheesta olisi tarpeellista tehdä laajempaa jatkotutkimusta, ja potilasturvallisuutta sekä potilaan tunnistamista voisi tutkia myös potilaan näkökulmasta. Riittävää potilaan henkilöllisyyden varmentamista tulisi korostaa työyksikössä, ja keinoja sen toteutumiseksi tulevaisuudessa tulisi miettiä. Potilasrannekkeen hyödyntämistä potilaan tunnistamisessa tulisi korostaa. Jatkotutkimusta voisi tehdä myös sähköisten anestesiakertomusten vaikutuksesta potilaan tunnistamiseen.

Avainsanat: potilaan tunnistaminen, potilasturvallisuus, tunnistamismenetelmät

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing, Option of Nursing, Oulainen

Authors: Marleena Autio and Katja Kakko

Title of thesis: Patient identification done by nurses in Surgery Ward –
Observation research

Supervisors: Maija Alahuhta, Eija Niemelä

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2013

Number of pages: 42 + 3

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe how the identity of surgery patient was verified in operating theatre and in recovery room. The study was done in co-operation with surgery ward where the observation was carried out. 38 nurses were taken part in the study. There was a structured observation form for helping the observation.

For showing the research results there were used tables and patterns. In five percent of observing situations there were used two identification methods which is recommendation. In 45 percent of observing situations the identity of the patient was not verified. The results showed that there are lacks of securing the identity of the patient.

There is need to do more studies about this subject. Some studies about patient safety and patient identification could be done from perspective of patient. The purpose of patient identification should be emphasized in working department. There is need to find out the purpose of identity band. Some studies could be done about meaning of electric anesthesia report with patient identification.

Keywords: patient identification, patient safety, identity methods

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	7
2 POTILASTURVALLISUUS.....	9
2.1 Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä.....	10
2.2 Potilasturvallisuuden riskit perioperatiivisessa hoitotyössä.....	12
2.3 Tarkistuslista potilasturvallisuuden tukena	13
2.4 ISBAR-menetelmä.....	15
2.5 Potilaan tunnistaminen osana potilasturvallisuutta	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	18
4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	19
4.1 Kvantitatiivinen tutkimus	19
4.2 Havainnointi tutkimusmenetelmänä.....	19
4.3 Aineiston keruu.....	21
5 TUTKIMUSTULOKSET	24
5.1 Potilasta vastaanottaneen sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmät potilaan saapuessa leikkausosastolle	24
5.2 Potilasta vastaanottaneen sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmät potilaan siirtyessä heräämöhön.....	25
5.3 Potilasta vastaanottaneen sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmän potilaan siirtyessä vuodeosastolle	26
6 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA.....	28
7 POHDINTA	29
7.1 Johtopäätökset ja pohdintaa tutkimustuloksista.....	29
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	31
7.3 Tutkimuksen eettisyys	34
7.4 Oman oppimisen pohdinta.....	35
8 KEHITTÄMIS- JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	37

LÄHTEET 39

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten potilaan tunnistaminen toteutuu leikkausosastolla sairaanhoitajien toimesta. Tutkimus on tehty yhteistyössä havainnointiympäristönä toimineen leikkausosaston kanssa, koska heillä oli tarvetta kyseiselle tutkimukselle.

Olemme huomanneet puutteita potilaan tunnistamisessa omien harjoittelujemme aikana. Tutkimus tehtiin havainnointitutkimuksena ilman, että havainnoinnin kohteena oleville kerrottiin havainnoinnin tarkkaa kohdetta. Näin tutkimustuloksista tulisi luotettavampia. Havainnointi suoritettiin leikkaussalissa ja heräämössä potilaan perioperatiivisen hoitoprosessin intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Havainnointi toteutettiin potilaan vastaanottotilanteissa kolmessa vaiheessa, jotka ovat potilaan saapuessa leikkaussaliin, potilaan siirtyessä heräämöön ja potilaan siirtyessä vuodeosastolle

Tutkimuksen aihe on tärkeä, koska potilaan tunnistaminen on merkittävä osa potilasturvallisuutta ja siinä tulisi aina pyrkiä ehdottomuuteen (Kinnunen 2012, 51). Puutteet potilaan henkilöllisyyden tunnistamisessa johtavat virheisiin lääkityksissä, verensiirroissa, kokeissa ja menettelyissä (WHO 2007). Pahimmassa tapauksessa tämä voi tarkoittaa leikkausosastolla väärän potilaan operoimista. Siksi potilaan tunnistamisessa tulisi käyttää vähintään kahta eri tunnistamistapaa, joita ovat esimerkiksi potilaan nimi ja potilasranneke. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin Laitos 2013, hakupäivä 26.9.2013.) Erään tutkimuksen mukaan potilasranneke on jäänyt tarkistamatta 87 prosentilla tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista. (Fisher, Henneman A., Henneman P., Pham, Campbell & Nathanson 2010, 503 – 509.).

Yhdysvalloissa potilasturvallisuustyötä on tehty jo 80-luvulta lähtien. Vuonna 1983 valmistui tutkimus, Harvard Medical Study, jossa arvioitiin haittatapahtumia New Yorkin alueella. Kaikista haittatapahtumista 70,5 prosenttia aiheutti potilaan

lievän vahingoittumisen, 2,6 prosenttia vakavamman vammautumisen, ja 13,6 prosenttia johti potilaan menehtymiseen. Tutkimuksen tulokset herättivät suuresti huomiota ja potilasturvallisuuden edistämistä alettiin suunnitella ja toteuttaa. (Kinnunen, Peltomaa, Snelmann, Reiman, Pietikäinen, Odewald, Helovu, Mustajoki, Ruuhilehto & Leino-Kilpi 2009, 17-19.)

Vuonna 2004 Yhdysvalloissa aloitettiin 100K Lives-projekti, jonka tavoitteena oli ehkäistä 100 000 haittatapahtumasta johtuvaa potilaan menehtymistä 18 kuukaudessa. Vaikka kampanja oli vapaaehtoinen, tuloksen raportoinnin mukaan saatiin ehkäistyä 122 300 kuolemaa. Yhdysvalloissa toimii Joint Commission of the Accreditation on Health Organisations potilasturvallisuus järjestö, joka julkaisee vuosittain listan potilasturvallisuutta parantavista toimenpiteistä. (Kinnunen ym. 2009, 17-19.)

2 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuuden tavoitteena on, että potilaalle ei aiheudu hoidon aikana hoitoon kuulumatonta vaaraa tai haittaa. On tärkeää, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla annettuna, riskit minimoiden. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä hoitoon käytettävien laitteiden turvallisuus. (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2012, hakupäivä 21.9.2012.)

Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan hoitomenetelmien turvallisuutta ja niihin liittyvien prosessien turvallisuutta. Lääkehoidon turvallisuuteen vaikuttaa joko lääkkeen haitalliset vaikutukset tai lääkehoidon poikkeama, mistä johtuen hoito ei toteudu suunnitellusti. Turvallisuuteen vaikuttaa myös laitteen toiminta ja käyttäminen. Potilasturvallisuus on myös osa hoidon laatua. Laatu määräytyy palvelun tai tietyn prosessin kyvystä täyttää sille asetetut vaatimukset. Siksi potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa sekä perustana terveyden- ja sairaanhoidon laadulle. (Helovu, Kinnunen & Peltomaa 2011, 13-15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuus muodostuu terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden niistä periaatteista ja toiminnoista, jotka varmistavat hoidon turvallisuuden ja suojaavat potilasta vahingoittumasta. Eri näkökulmasta riippuen potilasturvallisuuden määritelmä vaihtuu. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus toteutuu, jos hoidosta ei aiheudu haittaa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoito olisi turvallista, vaan haitoilta on sillä kertaa välttytty. Hoidon turvallisuutta varmistetaan erilaisilla menettelytavoilla tai järjestelyillä, joiden tehtävänä on sekä tavoitellun hoitotuloksen saavuttaminen että toiminnan sietokyvyn vahvistaminen erilaisille poikkeamille. (Helovu ym. 2011, 13-15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite on saada potilasturvallisuus Suomessa Eurooppalaiset vaatimukset täyttävälle tasolle. Terveydenhuollon

ammattihenkilöiden ja organisaatioiden tulisi kaikessa toiminnassaan pyrkiä edistämään potilasturvallisuutta ja oppia sitä vaarantavista tapahtumista. Potilasturvallisuus on osa terveydenhuollon organisaatioiden päivittäistä laadunhallintaa. Suomessa potilasturvallisuutta on edistetty suunnitelmallisesti vuodesta 2005, jolloin sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä laati valtakunnallisen oppaan lääkehoidosta. (Helovuola ym. 2011, 31.)

Uusi terveydenhuoltolaki astui voimaan toukokuussa 2011. Lain tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon ja hoitamisen turvallisuus koko Suomessa. Terveydenhuoltolain mukaan toiminnan tulee perustua hyviksi todettuihin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminta tulee toteuttaa asianmukaisesti ja sen on oltava sekä laadukasta että turvallista. Potilaan hoidon kokonaisuudesta huolehtii kunnan perusterveydenhuolto. Terveydenhuollon toimintayksiköiden on laadittava suunnitelma, jossa otetaan huomioon potilasturvallisuuden edistäminen ja toteuttaminen. Suunnitelmaa toteutetaan yhdessä sosiaalihuollon palvelujen kanssa ja sen merkittävä osa on laadunhallinta. Suunnitelmassa on myös sovittava asioista, jotka säädetään Sosiaali- ja Terveysministeriön asetuksella. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1.8 §.)

2.1 Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä

Potilasturvallisuuteen vaikuttaa useat eri tekijät. Yksittäisen poikkeaman tai virheen synnyssä on usein taustalla useita tekijöitä, jotka ovat seurausta taustalla vaikuttavista prosesseista. Näitä prosesseja ovat esimerkiksi perehdytyksen suunnittelu ja seuranta, ohjeistuksen ylläpito sekä laitteiden hankinta- ja käyttöönottopäätökset. (Helovuola ym. 2011, 63-65.)

Prosesseihin, työmenetelmiin ja ohjeistukseen luetaan muun muassa kaikki organisaatioiden viralliset käytännöt, jotka liittyvät yksittäiseen työtehtävään, ryhmän tai yksikön toimintaan tai laajemmin organisaatioon. Toimintatapojen ja prosessien riittävä kehittäminen ehkäisee vaaratapahtumia. Tavoitteena on minimoida riskit ja erehtymisen mahdollisuus sekä yksinkertaistaa prosessit ja

toimintatavat. Yhtenäiset toimintatavat helpottavat riskien tunnistamista ja hallintaa. (Helovuo ym. 2011, 63-65.)

Fyysinen ympäristö muodostuu työtilojen rakenteesta, järjestelyistä ja välineistöstä. Vaaratapahtumien syntyyn voi vaikuttaa muun muassa: sekavuus ja epäjärjestys, ahtaus ja puutteelliset työtilat, heikko valaistus ja puhtaanapito. Mahdollisiin puutteisiin tulisi reagoida heti ja niistä raportointiin tulisi olla selkeät kanavat. (Helovuo ym. 2011, 67.)

Perusteellinen dokumentointi on tärkeää koska se muodostaa pohjan, jonka perusteella tiedonkulku varmistetaan. Yleisimmät haittatapahtumat aiheutuvat tiedonkulun katkeamisessa prosessin rajapinnoissa, esimerkiksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Suullisen raportoinnin tulee olla systemaattista ja sisältöön panostavaa. (Helovuo ym. 2011, 72.) Tiedonkulun katkeamiseen vaikuttaa sairaaloiden yhteen sopimattomat tietojärjestelmät. Ne hidastavat työtä ja vääristävät tietoja, koska tiedot siirtyvät käytännössä vain paperilla ja suullisesti. Valvira onkin antanut linjauksen, että tietojärjestelmiä ja sovelluksia kehitettäessä tulisi pyrkiä yhteisiin ja kattaviin potilastietorekistereihin. (Schildt 2012, 18.)

Prosesseiden, työmenetelmien ja fyysisen ympäristön lisäksi potilasturvallisuuteen vaikuttaa ihmisen inhimillisyys. Inhimilliseksi virheeksi tulkitaan kaikki ne vaaratapahtumat, joille ei löydy parempaa selitystä. Ne ovat seurausta ihmisen unohduksesta, erehdyksestä tai muusta virheestä. Terveystieteiden toiminnassa toimenpiteet perustuvat tarkkaavaisuuteen ja siihen, että ne muistetaan tehdä. Kiireessä ja paineessa ihmisen rajoitteellinen tiedonkäsittelykyky ylittyy ja osa asioista unohtuu. Ihmisen tiedonkäsittely prosessi ja toimintakyky häiriintyvät helposti ulkopuolisista tekijöistä. Lisäksi muun muassa stressi, väsymys ja vireystila alentavat keskittymiskykyä ja päättelykykyä sekä vaikuttavat fyysiseen jaksamiseen. Tämä lisää virheiden mahdollisuutta. (Helovuo ym. 2011, 75-81.)

2.2 Potilasturvallisuuden riskit perioperatiivisessa hoitotyössä

Perioperatiivinen hoitoprosessi sisältää kolme vaihetta: preoperatiivinen, intraoperatiivinen ja postoperatiivinen. Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe alkaa potilaan leikkauspäätöksestä ja päättyy, kun potilaan hoito siirtyy leikkausosaston hoitohenkilökunnan vastuulle. Preoperatiiviseen hoitoon kuuluu potilaan valmistaminen leikkaukseen ja anestesiaan poliklinikalla, kirurgisella vuodeosastolla, teho-osastolla tai päivystysosastolla. Preoperatiivisessa vaiheessa potilaan ohjauksella on suuri merkitys. Potilaalle tulee kertoa tulevasta toimenpiteestä ja sen kulusta. Tässä vaiheessa tehdään myös tarvittavat tutkimukset ja laboratoriokokeet sekä esivalmistelut, kuten esilääkitys. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 20-22.)

Intraoperatiivinen eli leikkauksenaikainen vaihe alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle ja päättyy potilaan siirtyessä valvontayksikön vastuulle. Potilaan tarvitsema kirurginen hoito tehdään toimenpiteen edellyttämässä anestesiassa. Tähän vaiheeseen kuuluu potilaan henkinen tukeminen, turvallinen siirtyminen leikkauspöydälle, turvallisen leikkausasennon löytäminen, potilaan voinnin ja tajunnantason jatkuva arviointi, aseptiset olosuhteet, hoitoteknologia ja hoitomenetelmien hallinta sekä toimenpiteen tarkka kirjaaminen ja raportointi. Intraoperatiivinen hoitotyö on usean ammattiryhmän tiivistä yhteistyötä, johon osallistuu välinehuolto, anestesia- ja kirurgi, anestesia-, instrumentoiva- ja valvovansairaanhoitaja, lääkintävahtimestari sekä siivous- ja huoltotyöhenkilöstö. (Lukkari ym. 2010, 20-21.)

Leikkaussaliympäristön haastavuudesta johtuen lähes puolet kaikista haittatapahtumista tapahtuu leikkaussaliympäristössä eli perioperatiivisen hoitoprosessin intraoperatiivisessa vaiheessa. Potilasturvallisuuteen leikkaussalissa vaikuttaa oikea diagnoosi, siihen liittyvä toimenpide, toimenpiteen aikainen valvonta ja lääkintä. Harvinainen, mutta vakava haitta on potilaan väärän raajan tai väärän puolen operoiminen. Lisäksi tarvitaan toimivaa tiimityötä anestesia- ja kirurgin, instrumentti- ja valvovansairaanhoitajan sekä leikkaavan lääkärin välillä. Potilaaseen voi myös

leikkauksessa jäädä vierasesine esimerkiksi taitos tai instrumentti, mitä pyritään estämään leikkauksen aikaisilla ja ennen haavan sulkua tehtävillä leikkausmateriaalin alku- ja loppulaskuilla. Anestesiahoidossa potilasturvallisuuden edistämiseen on kehitetty erilaisia tarkistusmenetelmiä, esimerkiksi anestesiakoneen tarkistaminen. (Kinnunen ym. 2009, 94-95.)

Postoperatiivinen eli leikkauksenjälkeinen vaihe alkaa siitä, kun potilas siirtyy valvontayksikön vastuulle ja päättyy kunnes potilas ei tarvitse enää leikkauksen liittyvää hoitotyötä. Valvontayksikössä potilaan toipumista ja kuntoutumista anestesiasta ja leikkauksesta seurataan kunnes elintoiminnot ovat riittävän vakaat jatkohoitoon siirtymiseen. Potilaan siirtyessä valvontayksiköstä osastolle, vastuu potilaan hoidosta siirtyy kyseisen osaston henkilökunnalle. Jatkohoitoa varten potilaalle annetaan suullisia ja kirjallisia hoito-ohjeita potilaan päästessä kotiin. (Lukkari ym. 2010, 21-22.) Postoperatiivisen vaiheen haittoja ovat leikkauksen jälkeiset infektiot ja syvien laskimoiden tromboosit. Infektioita on pyritty estämään antibioottiprofylaksialla ja laskimotromboosien ehkäisyyn on yhdenmukainen hoito- ohje. (Kinnunen ym. 2009, 94.)

2.3 Tarkistuslista potilasturvallisuuden tukena

Potilasturvallisuutta lisää erilaiset vakioidut toimintatavat. Yksi esimerkki vakioiduista toimintatavoista on tarkistuslistat. Lista varmistaa tiedon siirtymisen ja helpottaa työtä, koska työntekijän ei tarvitse luottaa vain muistiinsa. Tarkistuslistan tavoitteena on vähentää virheiden määrää, lisätä turvallisuutta, yhdenmukaistaa toimintaa sekä parantaa laatua. Tarkistuslistan tulisi sisältää ainoastaan turvallisuuden kannalta oleelliset toiminnot ja kriteerit, jotka tarkistetaan systemaattisesti aina samalla tavalla. (Helovuo ym. 2011, 204-209.)

Viime aikoina runsaasti kansainvälistä huomiota saanut WHO:n Surgical Safety Checklist on tarkistuslista perioperatiivisen leikkaussaliprosessin eri vaiheisiin. Tarkistuslistan tavoitteena on tukea hyväksytyjä turvallisuuskäytäntöjä ja vahvistaa parempaa tiedonkulkua ja tiimityötä erikoisalojen välillä. (Helovuo ym. 2011, 204-209.) Tämä WHO:n tarkistuslista on saanut alkunsa vuonna 2007,

jolloin WHO:n asiantuntijaryhmä kokoontui pohtimaan keinoja parantaa potilasturvallisuutta kirurgisissa toimenpiteissä. Ensimmäinen tarkistuslista syntyi seuraavana vuonna ja sen ideana on yksinkertaisilla keinoilla estää riskitilanteiden ja komplikaatioiden syntymistä. Tarkistuslistaa sovellettiin kahdeksassa sairaalassa ympäri maailmaa ja mukana oli sekä yliopisto- että paikallissairaaloita. Näissä sairaaloissa tehty tutkimus julkaistiin vuonna 2009 ja tutkimustulokset olivat todella hyvät. Lähtötilanteessa kokonaissairaalakuolleisuus oli 1,5 prosenttia ja tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen 0,8 prosenttia. Myös komplikaatioiden esiintyminen vähentyi 11 prosentista 7 prosenttiin. Tutkimustuloksien luotettavuus on kuitenkin ongelmallinen, koska tutkimus on jakautunut ajallisesti kahteen vaiheeseen ja jokainen sairaala toimii itse itsensä kontrollina. (Pesonen 2011, 18.)

Tarkistuslistan kolme vaihetta ovat alkutarkistus, ennen anestesiaa, aikalisä, ennen viiltoa ja lopputarkistus, ennen potilaan siirtymistä heräämään. Leikkaussalissa yhden henkilön tulee olla vastuussa tarkistuslistan kaikkien kohtien läpikäymisestä. Yleensä tämä henkilö on leikkaussalin valvovahoitaja. Vastuuhenkilölle tulisi kaikissa vaiheissa antaa tilaisuus varmistaa, että tiimi on saanut osuutensa valmiiksi ennen siirtymistä seuraavaan vaiheeseen. (Kangasmäki 2010, 13-14.)

Suomessa on tehty tarkistuslistan käyttötutkimusta kirurgian erikoisaloilla Turun yliopistollisessa sairaalassa, Tampereen yliopistollisessa sairaalassa, Vaasan keskussairaalassa sekä Helsingin yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimukseen osallistuville tahoille tehtiin kyselytutkimus ennen tarkistuslistan käyttöönottoa sekä käyttöönoton jälkeen. Tarkistuslistan käyttö oli vaikuttanut myönteisesti sekä huolellisuuteen että tiedonkulkuun. (Ikonen & Pauniahho 2010, 108.)

WHO suosittelee listan muokkaamista paikallisiin olosuhteisiin sopivaksi (Ikonen & Pauniahho. 2010, 108). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin avohoitotalossa on WHO:n julkaiseman tarkistuslistan pohjalta muotoiltu heidän tarpeisiinsa sopiva tarkistuslista, jonka lähtökohtana oli käytännönläheisyys. Suunnittelu toteutui moniammatillisena työskentelynä ja työn lomassa käydyt epäviralliset keskustelut olivat merkittävä osa tarkistuslistan kehittämistä. Avohoitotalossa

käytettävä tarkistuslista on jaettu neljään osaan: ennen anestesiaa, ennen toimenpiteen aloitusta, ennen salista poistumista ja jatkohoito. Lisäksi tarkistuslistassa on lisäohje- ja tekninen osa, mihin tarkistetaan diagnoosi ja toimenpidetekoodit laskutusta varten, sekä merkitään leikkaukseen osallistuvien hoitajien nimet. Lisäksi tarkistuslistaan on värikoodein merkitty kunkin toimijan täytettävät kohdat eli kirurgille, anestesia- ja sairaanhoitajalle on jokaiselle omat täytettävät kohtansa. (Viitanen 2012, 30-31.)

2.4 ISBAR-menetelmä

Suullinen ja kirjallinen kommunikaatio on tärkeää potilasturvallisuuden kannalta ja ongelmat kommunikaatiossa vaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista. 1990-luvulla USA:n merivoimissa kehitettiin SBAR-menetelmä joka on sovellettu Suomalaiseen terveydenhuollon ympäristöön. Suomalainen ISBAR-menetelmä mahdollistaa olennaisen informaation järjestämisen selkeään ja tiiviiseen muotoon ja yhtenäinen kommunikaatio terveydenhuollon ammattilaisten kesken mahdollistuu. ISBAR tulee sanoista identify eli potilaan tunnistaminen, situation eli syy raportointiin, background eli taustatiedot, assessment eli nykytilanne ja recommendation eli jatkotoimenpiteet. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012, hakupäivä 21.9.2012)

ISBAR menetelmä soveltuu hyvin erilaisiin terveydenhuollon toimintaympäristöihin. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, avoterveydenhuollossa, akuuttihoidossa, kuntoutuksen yksiköissä, pitkäaikaisosastoilla, psykiatrian yksiköissä tai kättilötyössä. Menetelmän käyttäminen kehittää kriittisen ajattelun taitoja ja potilaan siirtoon liittyvät prosessit ovat kehittyneet tehokkaammiksi menetelmän käytön myötä. (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29.)

ISBAR-menetelmä mahdollistaa tiiviin raportin antamisen. Raportissa tulee käyttää selkeitä ilmaisuja ja vastaanottajalle on annettava mahdollisuus kysymyksiin. Raportin antajan on myös varmistettava, että hänet on ymmärretty. Tässä hyvänä keinona on niin sanottu suljetun ympyrän viestintä, jossa viestin

vastaanottaja toistaa kuulemansa. (Kupari ym. 2012, 29-30.)

2.5 Potilaan tunnistaminen osana potilasturvallisuutta

Potilaan tunnistamisessa tulisi käyttää kahta eri tunnistamistapaa. Potilasvuoteen paikka ei ole tunnistamistapa eli potilaan tunnistamiseen ei voi käyttää huoneen tai vuoteen numeroa. Potilasrannekkeen lisäksi tunnistamistapana käytetään sitä, että potilas itse kertoo nimensä tai syntymäaikansa. Mikäli käytetään vain yhtä tunnistamismenetelmää, erehtymisen virhe on huomattava. (Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos 2013, hakupäivä 26.9.2013.)

Potilaan tunnistamista ei aina välttämättä pidetä oleellisena osana potilaan turvallista hoitoprosessia. Ottamalla käyttöön systemaattinen tapa potilaan tunnistamiseksi voidaan helposti ehkäistä vaaratapahtumia. Potilaan tunnistaminen on tärkeintä hoidon kannalta kriittisissä tilanteissa, esimerkiksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen, näytteitä ottaessa sekä lääkehoidon ja toimenpiteiden yhteydessä. (Helovuori ym. 2011, 203-204.) Potilaan tunnistaminen on potilasturvallisuuden osa-alue ja siinä tulisi pyrkiä ehdottomuuteen (Kinnunen 2012, 51). Potilaan tunnistamisen tulee olla systemaattista ja kaikkien ammattiryhmien tulee tehdä se oikein ja samalla tavalla. Potilaan tunnistaminen ei saa koskaan perustua olettamukseen siitä, että joku toinen on hänet jo aiemmin tunnistanut. (Helovuori ym. 2011, 204-209.)

Yhdysvalloissa on vuonna 2010 tehty tutkimus potilaan tunnistamisesta. Tutkimuksessa potilaina toimi kolme henkilöä, joista kolmannen syntymäaika ja henkilötunnus eivät täsmänneet keinotekoisiiin sairaanhoitajilla oleviin potilaspapereihin. 61 prosenttia sairaanhoitajista huomasi eriävät henkilötiedot. Kuitenkin 87 prosenttia sairaanhoitajista ei verrannut potilaan henkilöllisyyttä potilasrannekkeen tietoihin. (Fisher ym. 2010, 503 – 509.)

Jokaisella potilaalla, joka on sairaalassa hoidossa, tulisi olla käytössä potilasranneke, riippumatta potilaan iästä tai sairaudesta. Potilasrannekkeen

sijoittamisessa voidaan olla luovia. Mikäli potilaalla on menossa infuusio, voidaan ranneke kiinnittää muualle kuin ranteeseen. Ranneke on myös mahdollista laittaa esimerkiksi jalkaan, mutta missään tapauksessa ranneketta ei tulisi laittaa vuoteeseen tai potilaspöytään. Potilasrannekkeessa olevan viivakoodin avulla voidaan yhdistää oikea potilas ja esimerkiksi oikea näytteenotto. (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2013, hakupäivä 26.9.2013.)

Potilaan henkilöllisyyden tunnistaminen suullisesti on myös osattava tehdä oikein. Onko teidän nimenne Matti?, ei esimerkiksi ole oikea tapa kysyä potilaan henkilöllisyyttä suullisesti. Tässä on riski, että huonosti kuuleva tai sekava potilas voi vastata tähän myöntävästi. Tämän vuoksi jokaisen tunnistettavan potilaan olisi syytä kertoa itse oma nimensä tai syntymäaikansa. Mikäli potilas ei pysty itse kommunikoimaan, voidaan apuna käyttää toista hoitajaa, potilaan saattajaa tai omaista. (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2013, hakupäivä 26.9.2013.)

Koko terveydenhuoltoalalla puutteet potilaan henkilöllisyyden tunnistamisessa, johtavat virheisiin lääkityksissä, verensiirroissa, kokeissa ja menettelyissä sekä väärän informaation antamisessa. United Kingdom National Patient Safety Agency raportoi marraskuun 2003 ja heinäkuun 2005 välisenä aikana 236 vaara- ja läheltä piti tilanteesta liittyen potilasrannekkeen puuttumiseen tai siinä olevaan väärään tietoon. Erilaiset toimintasuunnitelmat lisäävät potilaan tunnistamisen toteutumista. (WHO 2007.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten leikkauspotilaan tunnistaminen varmennetaan leikkausosastolla leikkauspotilaan intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa potilaan siirtyessä leikkausosastolle, heräämöhön ja takaisin vuodeosastolle.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten sairaanhoitajat tunnistavat potilaan vastaanottotilanteessa. Tutkimustulosten perusteella potilaan tunnistamiseen liittyviä mahdollisia puutteita voidaan korjata ja tunnistamista parantaa. Lisäksi halusimme perehtyä havainnointiin tutkimusmenetelmänä ja oppia hyödyntämään sitä. Havainnointi on opinnäytetöissä vähemmän käytetty ja meille vielä opinnäytetyömme aluksi vieras tutkimusmetodi.

Tutkimusongelma

Miten leikkauspotilaan tunnistaminen sairaanhoitajan toimesta varmennetaan leikkausosastolla leikkauspotilaan intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa potilaan siirtyessä leikkausosastolle, heräämöhön ja takaisin vuodeosastolle?

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on muuttujien mittaaminen, tilastollisten menetelmien käyttö ja muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu. Muuttujat ovat joko riippumattomia eli selittäviä tai riippuvia eli selitettäviä. Näistä esimerkiksi vastaajien taustatiedot kuten ikä, sukupuoli ja koulutus ovat riippumattomia ja esimerkiksi vastaajan tyytyväisyys hoitoon riippuva tekijä. Muuttuja voi olla myös väliin tuleva. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 41-42, 79.) Tässä opinnäytetyössä muuttujia ovat tunnistamistavat sekä havainnointipaikka.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytetään kvantitatiivista lähestymistapaa ja tutkimus tehdään kartoittavana ja kuvailevana, koska tutkimuksessa todetaan nykyinen asiointi. Opinnäytetyö toteutetaan otantatutkimuksena, koska tutkimuksen otokseksi valikoituu tutkimusajankohtana töissä olevista sairaanhoitajista ne, jotka osallistuvat potilaan vastaanottamiseen havainnointitilanteissa. Otantatutkimus valitaan kokonaistutkimuksen sijasta, jos perusjoukko muodostuu liian suureksi. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 41-42, 79.)

4.2 Havainnointi tutkimusmenetelmänä

Havainnointi on erinomainen menetelmä, kun tutkitaan vuorovaikutusta tai vaikeasti ennakoitavia ja nopeasti muuttuvia tilanteita. Havainnoinnin avulla saadaan tietoa siitä toimivatko ihmiset sanomansa mukaan. Havainnointia pidetään tieteiden yhteisenä ja välttämättömänä perusmenetelmänä. Menetelmänä havainnointi on työläs, mutta sen avulla saadaan välitöntä ja suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Havainnointi on hyvä myös silloin, kun tutkittavilla on kielellisiä vaikeuksia, ja kun halutaan tietoa, jota tutkittavat eivät halua suoraan

kertoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 212-217.)

Havainnointimenetelmien ongelma on se, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta tai jopa muuttaa tilanteen kulkua. Havainnoija saattaa myös sitoutua emotionaalisesti tutkittaviin, jolloin tutkimuksen objektiivisuus kärsii. Havainnoinnin toteuttaminen vie aikaa ja rinnakkaishavainnoijan löytäminen helpottaa tilannetta. Havainnoinnin eettisiä ongelmia on esimerkiksi se, kuinka paljon tutkittaville kerrotaan havainnoinnin tarkoista kohteista. (Hirsjärvi ym. 2010, 212-217.)

Havainnointi voi olla joko systemaattista tai osallistuvaa. Systemaattinen havainnointi tehdään tarkasti rajatuissa tiloissa tai luonnollisissa tilanteissa. Havainnot pyritään tekemään ja tallentamaan systemaattisesti. Apukeinona ovat erilaiset tarkistuslistat, joissa on lueteltu toiminnot ja havainnoija merkitsee niiden toteutumisen. (Hirsjärvi ym. 2010, 212-217.)

Osallistuva havainnointi voi olla joko täydellistä osallistumista tai osallistuja havainnoijana. Täydellisessä osallistumisessa tutkija pyrkii pääsemään ryhmän jäseneksi, mikä aiheuttaa usein eettisiä ongelmia. Esimerkiksi miten tutkittaville kerrotaan tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta varsinkin jos ryhmät eivät todennäköisesti suostuisi tutkimukseen. Toinen vaihtoehto on tutkimus, jossa tutkittaville kerrotaan, että havainnoija on ryhmässä mukana havaintojen tekijänä. (Hirsjärvi ym. 2010, 212-217.)

Tässä tutkimuksessa käytetään systemaattista havainnointia, koska tarkoituksena on seurata sairaanhoitajien toimimista potilaan vastaanottamistilanteessa. Havainnot kirjataan systemaattisesti havainnointilomakkeelle (LIITE3). Jokainen havainnointi-tilanne kirjataan omalle lomakkeelle. Lomakkeen yläosaan merkitään missä tilanteessa havainnointi tapahtuu.

Havainnoinnissa apuna käytetty **havainnointilomake** perustui eri menetelmiin tunnistaa potilas. Jokaisessa havainnointitilanteessa oli käytössä oma lomakkeensa.

Lomakkeen yläreunaan kirjattiin, mikä havainnoinnin vaihe on kyseessä. Vaihe 1 oli ”potilaan saapuessa leikkausosastolle”, vaihe 2 ”potilaan saapuessa heräämöhön” ja vaihe 3 ”potilaan siirtyessä vuodeosastolle”. Lomakkeen vasemmassa reunassa on eri tunnistusmenetelmät: potilaan nimi, potilaan henkilötunnus ja potilasranneke, jotka ovat Terveystieteiden- ja Hyvinvoinnin laitoksen suosituksen mukaan hyväksyttäviä tunnistamistapoja. (Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos. Hakupäivä 26.9.2013) Lomakkeelle lisättiin myös kaksi tunnistusmenetelmää, joita käytetään, vaikka ne eivät tunnistamismenetelminä ole luotettavia ja hyväksyttäviä. Ne ovat potilaspaperit ja potilassänky. Lomakkeen yläreunassa oli omat sarakkeensa vastaanottavalle hoitajalle, luovuttavalle hoitajalle ja potilaalle. Lomakkeelle merkittiin systemaattisesti, mitä menetelmää hoitajat käyttivät. Tutkimuksessa ajatuksena oli havainnoida, mitä menetelmää nimenomaan potilasta vastaanottava hoitaja käyttää potilaan tunnistamiseen. Lisäksi lomakkeelle laitettiin selvennykseksi myös omat sarakkeensa luovuttavalle hoitajalle ja potilaalle. Useasti potilaan nimen sanoo potilasta luovuttava hoitaja tai potilas itse, jolloin potilaan nimen kuuleminen on yksi tunnistusmenetelmä. Havainnointilomakkeen alaosassa on kohta huomioille, joita tehtiin havainnoinnin aikana. Huomiot kohdassa kuvailtiin tarkemmin havainnointitilanteen etenemistä ja ympäristöä.

Havainnointilomake esitettiin ennen varsinaisen havainnoinnin aloittamista. Esitelmä tapahtui leikkaussaliharjoittelun yhteydessä kaikissa kolmessa havainnointivaiheessa. Alkuperäisessä havainnointilomakkeessa paperin alaosassa ”huomiot” tekstin kohdalla oli: ”kysytään vastaanottavalta hoitajalta mitä katsoit potilaspaperista”. Tilanteet kuitenkin etenivät nopeasti ja havainnointitilanteissa ei kysymyksen kysyminen olisi onnistunut luontevasti.

4.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen perusjoukkona olivat kaikki leikkausosastolla työskentelevät sairaanhoitajat sekä kirurgisten osastojen sairaanhoitajat, jotka toivat potilaat saleihin ja hakivat heräämöstä takaisin osastolle. Otoksena oli

tutkimusajankohtana työvuorossa olleista sairaanhoitajista ne, jotka sattuivat olemaan havainnointitilanteissa. Havainnoitavat sairaanhoitajat olivat sekä potilasta luovuttavia, että potilasta vastaanottavia hoitajia. Potilasta vastaanottavista hoitajista 28 oli leikkausosaston sairaanhoitajia ja 10 kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajia. Potilasta luovuttavista sairaanhoitajista 29 oli leikkausosaston sairaanhoitajia ja 9 vuodeosaston sairaanhoitajia. Käytännössä tutkimuksessa havainnoitiin siis 76 sairaanhoitajan toimimista potilaan vastaanottotilanteessa joko potilasta vastaanottavana tai potilasta luovuttavana hoitajana. Tutkittaville ei kerrottu tutkimuksesta etukäteen ja toimimme tilanteen ulkopuolisina tarkkailijoina. Tutkittavilta kysyttiin suullisesti lupa havainnointiin. Tarkkaa havainnoitavaa asiaa ei kerrottu tutkittaville.

Tavoitteena oli havainnoida vähintään 20 tilannetta jokaisessa potilaan siirtymistilanteessa, eli yhteensä 60 tunnistamistilannetta. Vaiheesta yksi ”potilaan siirtyessä leikkausosastolle” kertyi 9 havaintoa. Vaiheesta kaksi ”potilaan siirtyessä heräämööseen” kertyi 19 havaintoa ja vaiheesta kolme ”potilaan siirtyessä osastolle” kertyi 10 havaintoa. Yhteensä havainnointitilanteita oli 38.

Havainnointi suoritettiin 19.8. - 23.8.2013 välisenä aikana.

Havainnoiteja vaiheista kaksi ja kolme kerättiin heräämössä. Havainnot vaiheesta 1 tapahtuivat leikkaussalissa. Jokainen havainnointikerta suoritettiin erillisenä tapahtumana. Havainnointitilanteissa toimittiin ulkopuolisina tarkkailijoina ja pyrkimyksenä oli pysyä poissa havainnoitavien sairaanhoitajien tieltä, jotta potilaan vastaanottaminen ei häiriintyisi. Havainnointitilanteissa oltiin mukana siten, että hoitajien keskustelu kuului selkeästi ja toiminta näkyi hyvin. Tarpeen mukaan havainnointitilassa liikuttiin. Ennen havainnoinnin aloittamista havainnoitaville sairaanhoitajille kerrottiin, mitä varten heitä havainnoitiin ja havainnointiin pyydettiin lupa. Havainnoinnin päätyttyä hoitajia kiitettiin osallistumisesta tutkimukseen.

Havainnoinnin aikana tehtiin myös reflektiivisiä huomioita havainnointitilanteista. Reflektiiviset huomiot syntyvät tutkijoille tutkimusprosessin aikana. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 165.) Nämä huomiot merkittiin

havainnointilomakkeen alaosan ”huomiot”- kohtaan ja niitä käytettiin apuna havainnointiympäristön kuvailemisessa ja tutkimustulosten pohdinnassa.

4.4 Aineiston analyysi

Tutkimusongelmat vaikuttavat analyysin valintaan. Tutkimuksen ydin tulee esille aineiston analyysin, tulokinnan ja johtopäätösten tekemisen vaiheessa. Tässä vaiheessa vastaukset tutkimusongelmiin selviävät. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

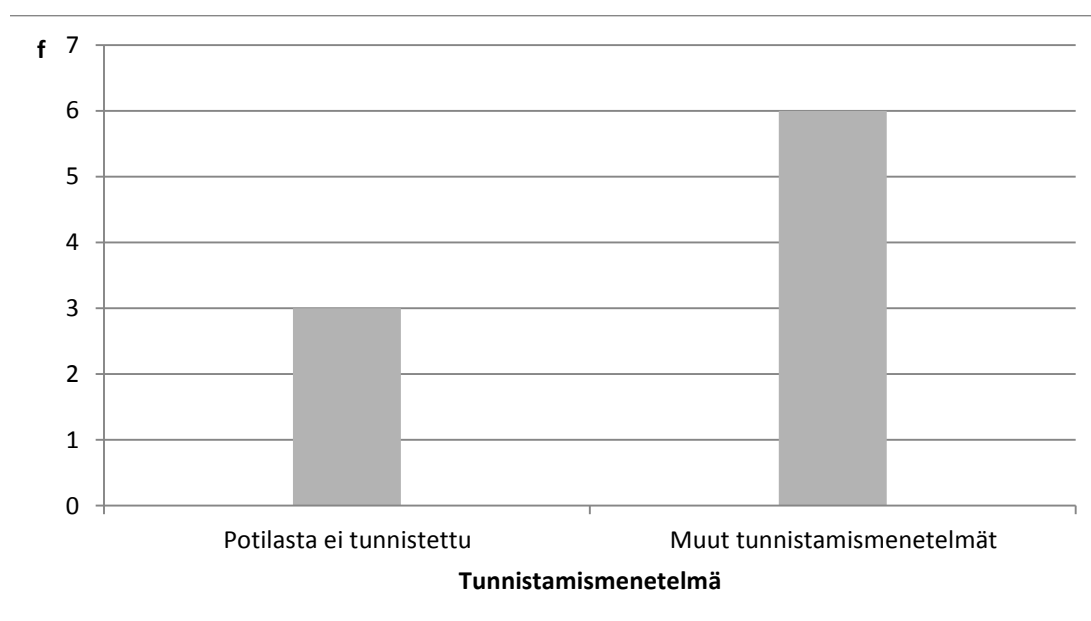
Aineisto tallennettiin Microsoft Excel 2010- taulukkoon. Muuttujien mittaamiseen käytettiin luokittelu- eli nominaaliasteikkoa, jolloin muuttuja jakoi tutkittavat eri ryhmiin tunnistamistavan perusteella. Luokitteluasteikkoa käytettäessä muuttujan luokkien järjestyksellä ei ole merkitystä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129.)

Tutkimustulosten kuvailemiseen käytettiin sekä frekvenssejä että prosenttiosuuksia. Vaikka havaintojen lukumäärä on pieni (N=38) tutkimustulosten kuvailemiseen käytettiin myös prosenttiosuuksia, jotta tutkimustulosten vertailu eri havainnoin vaiheissa olisi helpompaa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 132.) Määrällisessä tutkimuksessa saatuja tutkimustuloksia kuvataan graafisesti, numeerisesti ja sanallisesti. Taulukot ja kuviot havainnollistavat tekstiä ja lisäävät sen ymmärtämistä. (Vilka 2007, 106, 135.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Potilasta vastaanottaneen sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmät potilaan saapuessa leikkausosastolle

Vaiheen yksi ”potilaan saapuessa leikkausosastolle” havainnointi tapahtui potilaiden tullessa leikkaussaleihin. Potilaat tulevat leikkausosastolle kirurgisilta osastoilta, joiden sairaanhoitajat tuovat heidät leikkaussaleihin, missä potilaat luovutetaan anestesiahoitajille. Vastaanottavalla hoitajalla oli tiedossa leikkaukseen tulevan potilaan nimi ja hän oli tutustunut potilaan tietoihin jo etukäteen, nykyisin käytössä olevan sähköisen anestesiakertomuksen kautta.



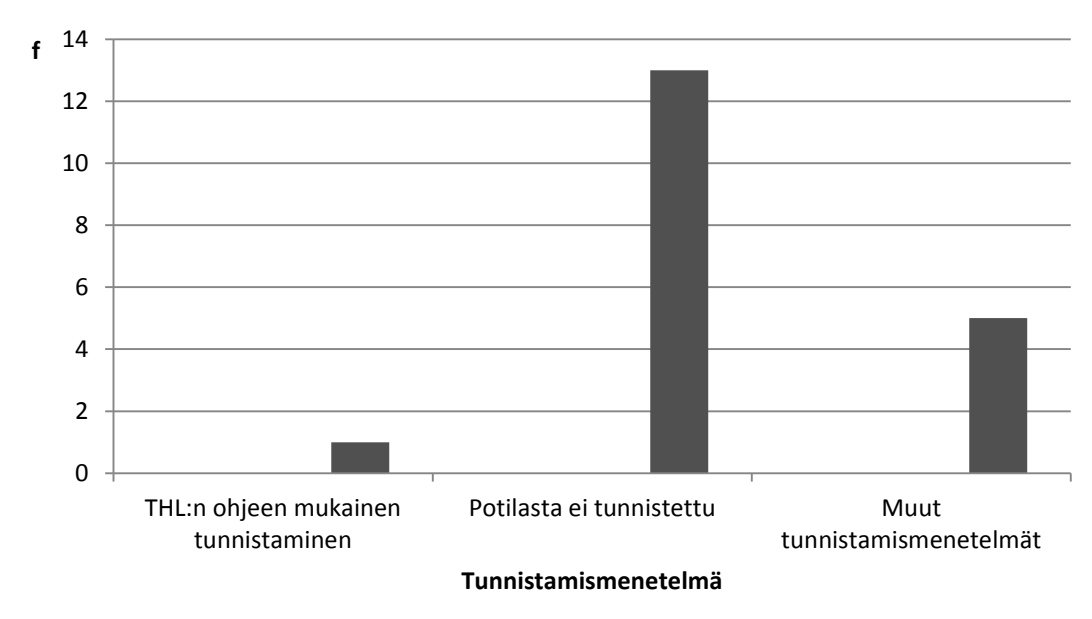
KUVIO 1: Sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmät frekvensseinä (n=9) potilaan saapuessa leikkaussaliin

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitoksen ohjeen mukaan potilaan tunnistamiseen tulee käyttää potilasrannekkeen lisäksi nimeä tai syntymäaikaa (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2013, hakupäivä 26.9.2013). Sairaanhoitajat eivät tunnistanee potilasta ohjeen mukaisesti potilaan saapuessa leikkaussaliin. Potilasta ei tunnistettu kolmasosassa havainnointitilanteista. Muita tunnistamismenetelmiä käytettiin vajaassa 70 prosentissa

havainnointitilanteista. Näissä tilanteissa tunnistamismenetelmänä käytettiin yhtä menetelmää, joita olivat potilaan nimi ja potilaspaperit. Noin kymmenessä prosentissa havainnointitilanteista potilaan tunnistamiseen käytettiin kahta menetelmää, jolloin potilaan nimeä verrattiin potilaan papereihin. Potilaan henkilötunnusta tai potilasranneketta ei käytetty tunnistamiseen.

5.2 Potilasta vastaanottaneen sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmät potilaan siirtyessä heräämöhön

Vaiheen kaksi ”potilaan siirtyessä heräämöhön” havainnointi suoritettiin heräämössä. Anestesiahoitaja ilmoittaa potilaan tulosta ennen potilaan siirtämistä leikkaussalista heräämöhön. Heräämöhoitajilla oli näin tiedossa potilaan nimi ja leikkaussali, josta potilas oli tulossa. Lisäksi osa heräämön hoitajista tarkisti tulevan potilaan nimen tietokoneelta leikkausosaston leikkausohjelmasta. Tulevalle potilaalle varattiin myös valmiiksi paikka heräämöstä, jolloin heräämön hoitaja pystyi tutustumaan potilaan tietoihin sähköisessä anestesiakertomuksessa. Tämän vuoksi potilaan nimi oli potilasta vastaanottavalla hoitajalla jo valmiiksi tiedossa.

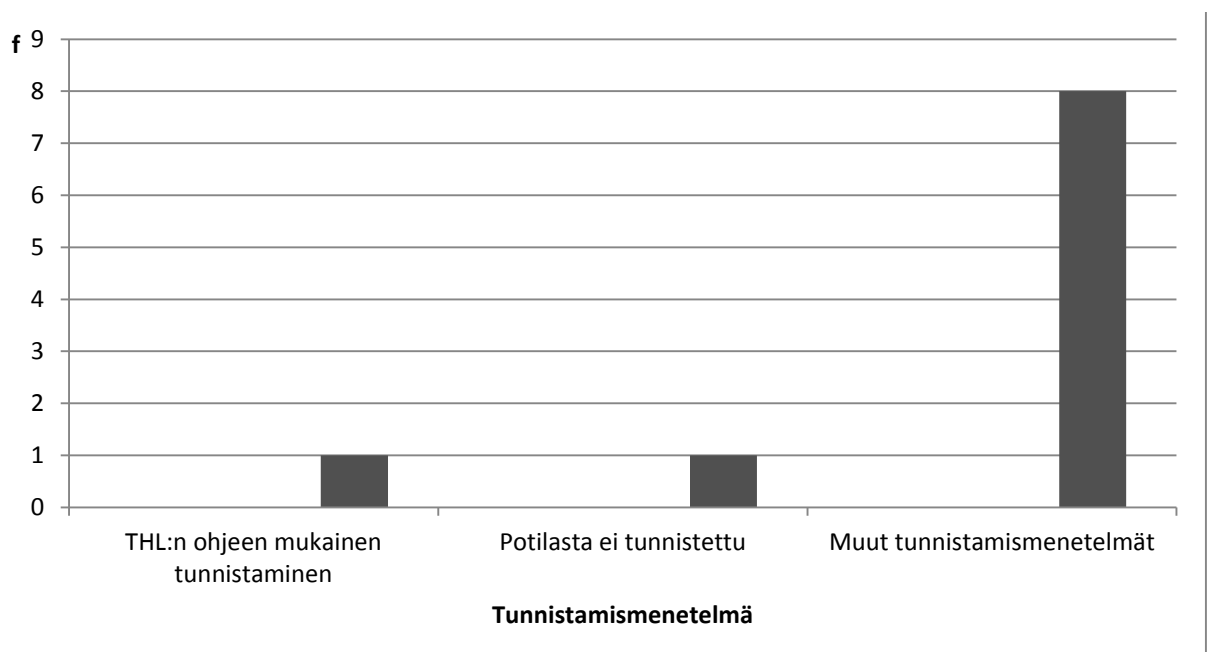


KUVIO 2: Sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmät frekvensseinä (n=19) potilaan siirtyessä heräämöhön

Noin viidessä prosentissa havainnointitilanteissa käytettiin Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitoksen ohjeistuksen mukaisesti potilaan tunnistamiseen potilasrannekkeen lisäksi joko potilaan nimeä tai syntymäaikaa. Potilaan henkilöllisyyttä ei varmennettu noin 70 prosentissa havainnointitilanteista. Muita tunnistamismenetelmiä käytettiin noin 25 prosentissa havainnointitilanteista, jolloin tunnistamiseen käytettiin yhtä tunnistamismenetelmää eli potilaan nimeä tai potilasrannekettä.

5.3 Potilasta vastaanottaneen sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmän potilaan siirtyessä vuodeosastolle

Vaiheen kolme ”potilaan siirtyessä osastolle” havainnointi tapahtui heräämössä. Kun potilas oli valmis siirtymään osastolle, heräämön sairaanhoitaja soitti vuodeosastolle ja ilmoitti potilaan nimen ja pyynnön tulla hakemaan potilas. Osaston sairaanhoitajilla oli myös tiedossa potilaan nimi, ja he olivat mahdollisesti tutustuneet leikkauksen kulkuun sähköisen anestesiakertomuksen kautta. Osalle osaston hoitajista haettava potilas oli jo tuttu, koska potilas oli ollut osastolla myös ennen leikkausta.



KUVIO 3: Sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmät frekvensseinä (n=10) potilaan siirtyessä osastolle

Kymmenessä prosentissa havainnointitilanteista käytettiin Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitoksen ohjeen mukaisesti kahta tunnistamismenetelmää, jotka ovat potilasranneke sekä potilaan nimi tai syntymäaika. Potilaan henkilöllisyyttä ei varmennettu kymmenessä prosentissa havainnointitilanteista. Muita tunnistamismenetelmiä käytettiin 80 prosentissa havainnointitilanteista. 20 prosentissa havainnointitilanteista potilaan tunnistamiseen käytettiin kahta menetelmää, jolloin potilaan nimeä verrattiin potilassängyssä näkyvään nimeen. Muuten potilaan tunnistamiseen käytettiin yhtä menetelmää, joita olivat potilaan nimi, potilasranneke tai potilaan sänky.

6 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA

Potilaan tunnistamisen varmentamisessa on puutteita intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Potilas tunnistettiin Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitoksen ohjeen mukaisesti noin 5 prosentissa havainnointitilanteista. Potilaan henkilöllisyyttä ei varmennettu lainkaan noin 45 prosentissa havainnointitilanteista ja muita tunnistamismenetelmiä käytettiin noin puolissa eli 50 prosentissa havainnointitilanteista.

TAULUKKO 1: Sairaanhoitajan käyttämät tunnistamismenetelmät potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen

	Potilasranneke	Hetu	Nimi	Sänky	Paperit	Nimi/ paperit	Nimi/ ranneke	Nimi/ sänky	Potilasta ei tunnistettu
Potilas saapuu leikkaussaliin (N=9)			3		2	1			3
Potilas saapuu heräämöhön (N=19)	1		3			1	1		13
Potilas siirtyy vuodeosastolle (N=10)	1		4	1			1	2	1
YHTEENSÄ (N = 38)	2	0	10	1	2	2	2	2	17

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset ja pohdintaa tutkimustuloksista

Tässä kappaleessa käydään läpi johtopäätöksiä tutkimustuloksista. Tutkimuksemme tavoitteena oli saada selville, miten potilaan tunnistaminen varmennettiin leikkausosastolla leikkauspotilaan intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Kaikki sairaanhoitajat kohtelivat potilaita hyvin potilaan vastaanottotilanteissa ja tervehtivät potilaita. Potilaan henkilöllisyyden varmentamisessa oli kuitenkin puutteita.

Henkilötunnus on tunnistamisen perusta ja kaikilla potilailla, jotka ovat osastohoidossa tai toimenpiteessä, tulee olla tunnisteranneke. Potilaan tunnistamisessa tulee käyttää kahta eri tunnistamismenetelmää, jotka ovat rannekkeen lisäksi potilaan nimi tai syntymäaika. Mikäli käytetään vain yhtä tunnistamismenetelmää, erehtymisen virhe on huomattava. (Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos 2013, hakupäivä 26.9.2013.)

Havainnoitavissa potilaan vastaanottotilanteissa potilaan tunnistaminen toteutui noin viidessä prosentissa havainnointitilanteista Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitoksen ohjeen mukaan. Omien aikaisempien kokemustemme perusteella osasimme varautua, että potilaan henkilöllisyyden varmentamisessa on puutteita. Havainnointimme tulos oli kuitenkin odotettua huonompi.

Potilaan tunnistamisen tulee olla systemaattista ja kaikkien ammattiryhmien tulee tehdä se oikein ja samalla tavalla. Potilaan tunnistaminen ei saa koskaan perustua olettamukseen siitä, että joku toinen on hänet jo aiemmin tunnistanut. (Helovuo ym. 2011, 204-209.) Havainnointimme perusteella saimme käsityksen, että potilaan intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa luotettiin siihen, että potilas oli jo aiemmin tunnistettu. Potilaan saapuessa leikkaussaliin anestesiahoitaja luotti potilaan olevan oikea. Käytännössä hän tiesi potilaan henkilöllisyyden jo etukäteen leikkaussuunnitelman ja sähköisen anestesiakertomuksen perusteella. Luottamus potilasta tuovaan sairaanhoitajaan oli suuri.

Anestesiahoitaja oletti osaston sairaanhoitajan tuovan oikean potilaan oikeaan paikkaan. Potilaan vastaanottovaiheessa potilasta tuova osaston sairaanhoitaja kysyi, onko anestesiahoitaja ehtinyt perehtyä potilaan taustatietoihin sähköisen anestesiakertomuksen kautta. Tarvittaessa osaston sairaanhoitaja kertoi muutamia asioita potilaan taustatiedoista, mutta potilaan henkilöllisyys ei näissä raporteissa tullut esille. Omien kokemustemme perusteella leikkaussalissa potilaan henkilöllisyys varmennetaan kuitenkin viimeistään tarkistuslistaa läpi käytäessä, vaikka potilaan henkilöllisyyttä ei vastaanottotilanteessa olisikaan varmennettu.

Potilaan siirtyessä heräämään potilaan henkilöllisyyttä ei varmennettu noin 70 prosentissa havainnointitilanteista. Anestesiahoitajan ilmoittaessa potilaan siirtämisestä leikkaussalista heräämään, heräämöhoitaja tarkisti sähköisestä leikkaussuunnitelmasta tulevan potilaan nimen ja leikkaussalin, mistä potilas oli tulossa. Heräämön hoitajat luottivat anestesiahoitajan varmentaneen potilaan henkilöllisyyden jo aiemmin. Heräämään tullessa potilasta luovuttava hoitaja kertoi, mistä salista potilas oli tulossa, jolloin heräämön vastaanottava hoitaja ohjasi potilaan oikealle paikalle. Luovutusvaiheessa potilaan henkilöllisyydestä ei ollut mitään puhetta, yleisesti kerrottiin potilaan ikä ja perussairaudet. Yleensä myös kerrottiin, miten leikkaus oli edennyt, ellei heräämöhoitaja ollut ehtinyt perehtyä kunnolla potilaan sähköiseen anestesiakertomukseen. Osassa havainnointitilanteista luovuttava sairaanhoitaja puhutteli potilasta etunimeltä, mutta tätä emme laskeneet tunnistamismenetelmäksi.

Potilaan siirtyessä heräämään oli mahdollista jatkaa havainnointia vastaanottotilannetta pidemmälle. Havainnoimme, että potilaan henkilöllisyyttä ei tarkistettu heräämöhoidon aikana ollenkaan. Potilasta lääkittiin ja hoidettiin sekä luovutettiin eteenpäin osastolle ilman henkilöllisyyden varmentamista. Luotettiin, että salista tullut potilas oli tuotu oikealle paikalle ja potilaspaikalla oli avoinna oikean potilaan sähköinen anestesiakertomus.

Osaston sairaanhoitajien tullessa hakemaan potilasta heräämöstä takaisin osastolle, potilasta kysyttiin 60 prosentissa havainnointitilanteista nimeltä. Tässä vaiheessa potilaan tunnistamiseen käytettiin nimen lisäksi eniten potilassänkyä,

mikä ei tunnistamismenetelmänä ole luotettava. Kuitenkin potilaan henkilöllisyys jäi kokonaan varmentamatta 10 prosentissa havainnointitilanteista.

Tutkimustulostemme perusteella heräsi ajatus sähköisten potilasjärjestelmien vaikutuksesta potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen. Kaikki informaatio potilaasta on saatavilla sähköisesti ja potilaan anestesiakertomus esitätetään sähköisesti jo osastolla. Potilaan tiedot luetaan tietokoneelta leikkaussalissa ennen potilaan tuloa ja sama kertomus on sähköisesti käytössä myös heräämössä. Tällöin raportille ja potilaan henkilöllisyyden mainitsemiselle ei ehkä ole niin tarvetta. Ajatellaan potilaan olevan oikea, koska potilaan tiedot on täytetty samalle sähköiselle anestesiakertomukselle, mikä on käytössä kaikkialla sairaalan sisällä. Lisäksi vähät raportit, joita vielä annetaan, käydään läpi avoinna olevan sähköisen anestesiakertomuksen avulla tietokoneella, jolloin molemmilla, sekä potilasta vastaanottavilla että potilasta luovuttavilla sairaanhoitajilla, on mahdollisuus tarkistaa kyseessä olevan sama potilas. Mielestämme tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilaan henkilöllisyyden voi jättää varmentamatta.

Lisäksi mietimme potilasrannekkeen merkitystä. Potilasrannekkeen laittamisesta huolehditaan potilaan hoitoprosessin alussa, kun potilas tulee sairaalaan. Kuitenkaan potilasranneketta ei kokemustemme perusteella hyödynnetä. Miksi potilasranneke laitetaan, jos sitä ei käytetä potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen?

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella sekä validiteetin että reliabiliteetin kautta. Validiteetti kertoo, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tuloksiin ei vaikuta muut sekoittavat tekijät, ainoastaan asetelmalla on merkitystä. Sisäisen validiteetin uhkia voivat olla historia, valikoituminen, kypsyminen, testauksen vaikutus, poistumat tai kontaminaatio. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen

2013, 195.) Tämän tutkimuksen sisäisessä validiteetissa ei ole ongelmia, koska tutkimuksen tarkoitus ei ole tällä hetkellä ollut esillä mediassa ja tutkimuksesta ei ole kerrottu etukäteen. Valikoituminen ei myöskään ole uhka, koska kaikilla havainnoitavilla sairaanhoitajilla on sama ohjeistus potilaan tunnistamiseen.

Tutkimustulosten ulkoisella validiteetilla puolestaan tarkoitetaan tulosten yleistettävyyttä, ja yksi sen suurimmista uhkista on Hawthornen efekti eli tutkittava muuttaa käytöstään tietäessään olevansa tutkimuksen kohteena (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 196). Tietoisuus olemisesta havainnoinnin kohteena saattoi hieman vaikuttaa havainnoitavien käyttäytymiseen. Potilaita ehkä tervehdittiin ystävällisemmin ja käsihuuhdetta käytettiin enemmän. Tämä ei ollut uhka tutkimuksen luotettavuudelle, koska havainnoitavat eivät tarkalleen tiedeneet, mitä havainnoitiin. Jos havainnoitavat olisivat muuttaneet käytöstään siten, että sillä olisi ollut vaikutusta tutkimustuloksiimme, potilaan henkilöllisyyden varmentaminen olisi todennäköisesti toteutunut paremmin.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä. Mittaamisen reliabiliteetti on käytetyn mittarin kyky tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittarin reliabiliteettiä voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistoissa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 189-190.) Tutkimustulokset pysyisivät suunnilleen samana, vaikka aineisto olisi eri. Reliabiliteettia olisi mahdollista tarkistaa toistamalla havainnointi uudestaan, jolloin otokseen sattuisivat osittain eri sairaanhoitajat.

Havainnoinnin etuja on, että havainnoitavista saadaan välitöntä ja suoraa tietoa. Vuorovaikutuksen tutkiminen on helpompaa havainnoinnissa. Havainnoinnin avulla havainnoitavista saadaan myös tietoa, jota havainnoitava ei välttämättä haastattelussa kertoisi. Lisäksi aineisto on monipuolista ja mielenkiintoista. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 95.)

Havainnointitilanteessa havainnoitava saattaa häiriintyä tutkijan läsnäolosta ja havainnoitava asia häiriintyy tästä (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 95). Havainnointitilanteissa havainnoitavat eivät häiriintyneet tutkijoiden

läsnäolosta. Omien työharjoittelukokemuksiemme perusteella havainnointitilanteet olivat luontevia, vaikka me tutkijoita olimme ylimääräisinä havainnoimassa tilannetta. Sosiaali- ja terveystieteiden yksiköissä tehdään paljon harjoitteluja ja tutkimuksia, joten ylimääräisiin sivustaseuraajiin on luultavasti totuttu.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää, että tutkimusaineistomme oli primaariaineistoa, eli se kerätään tiettyä tutkimusta varten ja sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 113). Havainnointitutkimuksemme tulokset saatiin suoraan havainnointitilanteista ja kirjattiin havainnointilomakkeelle. Ensimmäisenä havainnointipäivänä havainnoimme tilanteita yhdessä, joten tapamme tulkita tilanteita oli samanlainen.

Tutkimuksemme perusjoukosta valikoituvat tutkimukseen osallistujat, eli havainnoitavat sairaanhoitajat, eivät olleet tiedossa etukäteen, vaan valikoituivat sattumanvaraisesti. Emme tutkijoina vaikuttaneet siihen ketä havainnoimme ja milloin, joten havainnoitavaksi sattuivat ne sairaanhoitajat, jotka olivat havainnointihetkellä töissä ja olivat siirtämässä potilasta leikkaussaliin, heräämöhön tai vuodeosastolle. Havainnoitavat oli eri-ikäisiä miehiä ja naisia ja lisäksi vain harva sairaanhoitajista sattui olemaan sama useammassa kuin yhdessä havainnointitilanteista.

Useampien havainnointien saaminen olisi lisännyt tutkimuksemme luotettavuutta. Vaiheen yksi, eli potilaan saapuessa leikkaussaliin, ja havainnointien määrä jäi pieneksi ($n=9$), koska potilaat saapuivat saleihin yhtä aikaa ja meidän olisi tutkijoina tullut olla monessa salissa yhtä aikaa. Myös vaiheen kolme, eli potilaan siirtyessä osastolle, havainnot jäivät vähäisiksi. Useampien havainnointien saaminen olisi kattanut myös suuremman joukon sairaanhoitajia. Tämä olisi taas lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. Vaiheen kaksi, eli potilaan siirtyessä heräämöhön, tutkimustuloksen ovat luotettavimpia, koska havainnointien määrä on suurin ($n=19$). Toisaalta juuri tässä vaiheessa tulokset ovat huolestuttavimpia, kun potilaan henkilöllisyyttä ei varmennettu 68 prosentissa havainnointitilanteista. Tutkimustulosten vertailu eri vaiheissa on

haastavaa, koska havainnointitilanteita oli eri vaiheissa eri määrä. Tämä myös vähentää tulosten vertailukelpoisuutta.

On myös vaikeaa sanoa, milloin potilaan tunnistamiseen on käytetty potilassänkyä tai potilaspapereita. Vaikka hoitaja on katsonut papereita tai sänkyä, ei voi varmuudella sanoa heidän tarkistaneen niistä potilaan henkilöllisyyden. Sairaanhoidaja on esimerkiksi vain vilkaissut niitä ilman potilaan nimen tarkistamista. Kuitenkaan potilaspaperit eivät ole luotettava tunnistamismenetelmä.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijan on huolehdittava, että tutkimusta ei käytetä tutkittavaa vastaan. Myös tutkittavien itsemääräämisoikeus tulee ottaa huomioon tutkimusta tehdessä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 176-182.) Havainnoitavien sairaanhoitajien henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Lisäksi heidän osallistumisensa tutkimukseen oli vapaaehtoista. Ennen havainnoinnin aloittamista sairaanhoitajilta kysyttiin lupa havainnointiin ja kerroimme havainnoivamme potilaan vastaanottotilannetta. Myös potilaan henkilöllisyys tuli esille, jos se varmennettiin sairaanhoitajan toimesta. Potilaan henkilöllisyydellä ei ollut mitään merkitystä tutkimuksen kannalta ja meitä sitoo tutkijoina sama vaitiolovelvollisuus kuin opiskelijoina tai työntekijöinä. Potilailta emme kysyneet erikseen lupaa havainnointiin, koska havainnoimme sairaanhoitajien toimintaa.

Tutkimuksessa tulee säilyttää myös anonymiteetti eli tutkimustietojen luovuttaminen ulkopuolisille ei ole sallittua. Aineistoa on säilytettävä salasanalla suojattuna tai lukitussa paikassa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 176-182.) Havainnointilomakkeissa ei tule esille havainnoitavien sukupuoli tai ikä, eikä niitä voida yhdistää havainnoitaviin. Lisäksi havainnointiyksikkö ei tule missään vaiheessa tutkimustuloksia esille, mikä lisää tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien anonymiteettiä.

Uhkana tutkimuksen eettisyydelle on lupa- asiat. Tutkimusluvan myönsi havainnoitavan yksikön tulosalueen johtaja. Tutkimuslupa myönnettiin juuri ennen suunniteltua havainnointiajankohtaa. Aikataulujen vuoksi havainnoinnin ajankohtaa ei ollut mahdollista muuttaa, joten havainnointiyksikön informointi jäi kokonaan. Havainnointiyksikön osastonhoitajat antoivat luvan toteuttaa havainnoinnin kiireellisellä aikataululla ja he saivat infokirjeen havainnoinnista etukäteen.

Tutkimukseen osallistuvilta sairaanhoitajilta oli tarkoitus pyytää lupa havainnointiin kirjallisesti. Koska tutkimuslupa myönnettiin juuri ennen havainnointiajankohtaa, tutkimuksen info jäi vaillinaiseksi ja meillä ei ollut mahdollisuutta kysyä lupaa etukäteen. Havainnointitilanteet olivat kiireisiä ja kirjallisen luvan pyytäminen ja allekirjoittaminen olisi häirinnyt potilaan vastaanottotilannetta huomattavasti. Ajatuksenamme kuitenkin oli, että suullinen lupa olisi mahdollisesti riittävä, koska havainnoitavien sairaanhoitajien henkilöllisyyttä ei ole mitenkään mahdollista selvittää tutkimustulosten perusteella. Tiedostamme tämän lupa- asian olevan eettinen ongelma tutkimuksessa, mutta näin jälkikäteen tilanteelle on mahdotonta tehdä mitään.

7.4 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille kvantitatiivisen tutkimuksen etenemisestä, havainnoinnista tutkimusmenetelmänä ja ryhmätyöskentelytaidoista. Prosessina opinnäytetyön tekeminen oli yllättävän haastava. Ennen tutkimusluvan saamista oli tehtävä runsaasti tiedon hakua teoriapohjaa varten. Haastavuutta lisäsi se, että opinnäytetyömme aiheesta ei ole juurikaan tehty tutkimuksia, joten aiempia tutkimustuloksia oli vaikeaa löytää.

Havainnointi oli tutkimusmenetelmänä mielenkiintoinen ja huomattavasti parempi opinnäytetyömme tavoitteita ajatellen kuin kyselytutkimus, mitä olimme ensin ajatelleet. Havainnointimenetelmällä tutkimustulokset olivat varmasti luotettavammat. Kiitokset ohjaaville opettajillemme, että saitte meidät

muuttamaan mielemme.

Ryhmätyötaitoja olemme saaneet harjoitella reilusti ja aikataulujen yhteen sovittaminen on ollut välillä vaikeaa pitkän välimatkan ja omien kiireiden ja aikataulujen vuoksi. Työskentelymme on kuitenkin sujunut hyvin ja olemme tehneet opinnäytetyötä sekä molemmat omalla tahollaan että yhdessä. Havainnointiviikolle toinen meistä oli sekä koulussa että työharjoittelussa, joten yhdessä havainnointi ei onnistunut kuin yhtenä päivänä. Havainnointitilanteita olisi ollut helpompi saada enemmän esimerkiksi vaiheesta yksi, jos olisimme molemmat päässeet joka aamu havainnoimaan.

Opinnäytetyötä tehdessä huomasi sen, miten laajasta työstä oikeasti on kyse. Miten paljon taustatyötä täytyy tehdä, ennen kuin tutkimuslupa on mahdollista saada. Opimme kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisen ja huomasimme kuinka paljon siihen tulisi olla tutkimusaineistoa, jotta on mahdollista saada luotettavia tutkimustuloksia ja tehdä johtopäätöksiä. Lisäksi, jos joskus tekisimme havainnointitutkimuksen uudelleen, järjestäisimme kunnolla aikaa tutkittavien infoon. Myös tutkittavilta saatavan kirjallisen luvan hankkimista olisi tullut miettiä enemmän jo suunnitteluvaiheessa.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme päässeet oppimaan tutkimusprosessin eri vaiheista. Olemme oppineet, mitä kaikkea vaaditaan ennen kuin tutkimuslupaa on mahdollista anoa. Lisäksi olemme huomanneet suunnittelun tärkeyden. Kun aikataulut ja havainnoinnit on hyvin suunniteltu, niitä on helpompi lähteä toteuttamaan. Opinnäytetyötämme aloittaessa oli todella vaikeaa päästä alulle. Ohjaavien opettajien sekä havainnointiyksikön avulla pääsimme pikkuhiljaa kärryille mitä olisi tarkoitus tehdä. Olemme saaneet heiltä hyviä vinkkejä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kiitos siitä!

8 KEHITTÄMIS- JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Potilaan henkilöllisyyden varmentamisessa oli puutteita. Aiheesta olisi hyvä tehdä kattavampi ja laajempi selvitys. Leikkausosastoilla on leikkausosaston koosta riippuen useita sairaanhoitajia, jotka osallistuvat potilaan vastaanottamiseen ja näin ollen myös potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen. Lisäksi myös kirurgisten osastojen sairaanhoitajat osallistuvat potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen leikkauspotilaan intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa potilaan siirtyessä takaisin vuodeosastolle. Tämä nostaa potilaan tunnistamisen varmentamiseen intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa osallistuvien sairaanhoitajien määrän useaan sataan hoitajaan. Tämän tutkimuksen kesto oli lyhyt ja tutkimusaineisto koostuu 38 havainnointitilanteesta.

Olisi mielenkiintoista myös saada tutkimustuloksia leikkausosastojen sairaanhoitajien kokemuksista sähköisten tietojärjestelmien käytön lisääntymisen vaikutuksista työskentelyyn. Miten sähköiset tietojärjestelmät, kuten anestesiakertomus, ovat vaikuttaneet potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen? Olisi ollut todella mielenkiintoista tehdä samanlainen havainnointitutkimus ennen sähköisen anestesiakaavakkeen käyttöönottoa ja verrata sen tuloksia näihin tutkimustuloksiin. Välttämättä sähköisillä tietojärjestelmillä ei ole ollut mitään merkitystä potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen, mutta asialla voisi olla jokin yhteys.

Yhdysvalloissa on tutkittu sairaanhoitajien mielipidettä potilaan tunnistamisen tärkeydestä. Sairanhoitajat kokivat potilaan henkilöllisyyden olevan ratkaiseva osa potilasturvallisuutta. He ilmaisivat huolensa siitä, että toistuva potilaan nimirannekkeen tarkistaminen ja syntymäajan kysyminen saattaa ärsyttää ja loukata potilasta. (Mackenzie, Phipps, Turkell, & Urrea 2012, 127 – 134.)

Olisi mielenkiintoista tehdä tutkimusta potilasturvallisuudesta ja potilaan tunnistamisesta potilaan näkökulmasta. Miten potilaat kokevat henkilöllisyytensä

varmistamisen toistuvasti? Lisääkö se turvallisuuden tunnetta vai ärsyttääkö se?

Sairaanhoitajille tulisi antaa ohjeistusta potilaan henkilöllisyyden varmentamiseen. Vaikka keinot tunnistamiseen ovat luultavasti suurimmalla osalla sairaanhoitajista tiedossa, niiden merkitystä tulisi korostaa. Lisäksi potilasrannekkeen hyödyntämistä potilaan henkilöllisyyden varmentamisen kannalta olisi hyvä miettiä.

LÄHTEET

Fisher D., Henneman, A., Henneman, P., Pham, T., Campbell, M. & Nathanson, B. 2010. Patient identification errors are common in a simulated settings. *Annals of Emergency Medicine* 55 (6), 503-509.

Heikkilä, T. 2001. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., & Pennanen, P. 2011. *Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 15.-16. painos 2010. *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Tammi

Ikonen, T. & Pauniah, S. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest* 43 (2), 108-111.

Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Sairaanhoitaja* 10 (83), 11-17.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 3. ,uudistettu painos, 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, M. 2012. Mikä on teidän nimenne ja syntymäaikanne? *Sairaanhoitaja* 2 (85), 51-53.

Kinnunen, M., Peltomaa, K., Snelmann, E., Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P., Helovu, A., Mustajoki, P., Ruuhilehto, K. & Leino-Kilpi, H. 2009.

Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoitaja 3 (85), 29-31.

Lang, L. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän menettelyohje. Potilaan tunnistaminen. 26.6.2012.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Mackenzie, E., Phipps, E., Turkel, M. & Urrea, C. 2012. He thought the “lady in the door” was the “lady in the window” a qualitative study of patient identification practices. Joint Commission Journal in Quality & Patient Safety 38 (3), 127 – 134.

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. Finnanest 44 (1), 18-20.

Schildt, M. 2012. Potilasturvallisuusprojekti tehoi. Sairaanhoitaja 1 (85), 14-20.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2012. Potilasturvallisuus. Hakupäivä 21.9.2012. www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitoty_ohjelmien/potilasturvallisuus/

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Mitä on potilasturvallisuus? Hakupäivä 21.9.2012 www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kuukauden työkalu 11/2011: Potilaan tunnistaminen oikein - back to basics. Hakupäivä 26.9.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilaan-tunnistaminen

Viitanen, M. 2012. Tarkistuslista päiki- ja lyhkipotilailla. Pinsetti 1, 30-31.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Gummerus Kirjapaino OY, Jyväskylä.

World Health Organization. 2007. Patient Identification. Patient Safety Solutions, volume 1, solution 2.

LIITTEET

Liite 1 Infokirje

Liite 2 Suostumuslomake

Liite 3 Havainnointilomake

Hei,

(LIITE 1)

olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Oulun seudun ammattikorkeakoulusta, terveysalan Oulaisten yksiköstä ja teemme opinnäytetyötämme perioperatiiviseen hoitoprosessiin liittyen. Olemme tulossa havainnoimaan elokuun 2013 aikana miten leikkauspotilaan hoitoprosessi toteutuu intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimustulokset analysoidaan ja raportoidaan siten, että tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule esille missään vaiheessa.

Mikäli teillä on kysyttävää, voitte olla yhteyksissä sähköpostitse. Vastaamme mielellämme opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin.

Autio Marleena: S-posti: h0auma00@students.oamk.fi

Kakko Katja: S-posti: h0kaka00@students.oamk.fi

Terveisin:

sairanhoitajaopiskelijat Autio Marleena ja Kakko Katja

SUOSTUMUSLOMAKE

(LIITE 2)

Minä _____ annan suostumukseni siihen,
että työskentelyäni saa havainnoida OYS:n keskusleikkausosastolla.

Allekirjoitus ja päivämäärä

Havainnointilomake

(LIITE 3)

Havainnoinnin vaihe _____ (1 Potilaan saapuessa leikkausosastolle, 2 potilaan siirtyessä heräämään, 3 potilaan siirtyessä osastolle).

Havainnointilomakkeelle merkitään x sille kohdalle, kuka tarkistaa, sanoo, tai vertaa. Vertailusta merkitään, mitä verrataan keskenään (esim. nimi/ranneke =a/c).

TUNNISTUS- MENTELMÄ	Vastaanottava hoitaja (sanoo, tarkistaa, vertaa)	Luovuttava hoitaja (sanoo, tarkistaa, vertaa)	Potilas (sanoo)	Huom:
Potilaan nimi (a)				
Potilaan henkilötunnus (b)				
Potilasranneke (c)				
Potilaspaperit (d)				
Vertailu (a,b,c,d)				
Potilaan sänky				

HUOMIOT
